AOK-Positionen
für eine Reform der Vorhaltekostenfinanzierung im Krankenhausbereich

AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.

Inhalt

Vorwort 3

Executive Summary 4

Zielstellung 6

1. Zentrale Ziele einer Vergütungsreform auf Basis einer erlösunabhängigen Vorhaltekostenfinanzierung 6
2. Vorhaltefinanzierung und Krankenhausplanung gehen Hand in Hand 8

Ausgestaltung der Reform einer Vorhaltefinanzierung 10

3. Relevantes Finanz-Volumen aus den DRGs ausgliedern 10
4. Grundlagen für die Krankenhausplanung und Vorhaltekostenfinanzierung bundeseinheitlich definieren 12
5. Vorhaltevolumen je Bundesland bedarfsorientiert bestimmen 15
6. Bezug von Vorhaltepauschalen in Abhängigkeit der zugewiesenen Versorgungsaufträge 16
7. Auseinanderfallen von Bundes- und Ortsebene im Rahmen der Abfinanzierung verhindern 17
8. Fortschreibungen und Aktualisierungen pragmatisch umsetzen 18

Vorwort

Selten stand die Krankenhausversorgung so sehr im Fokus wie in den letzten drei Jahren der Corona-Pandemie. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kliniken haben in der Krise Großes geleistet. Gleichzeitig hat sich erneut gezeigt, dass die Klinikstrukturen in Deutschland dringend einer Modernisierung bedürfen.

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt es daher, dass im Koalitionsvertrag der Ampelfraktionen eine Reform verankert ist, um eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu erreichen und deren Finanzierung dauerhaft abzusichern. Inzwischen hat das Bundesgesundheitsministerium eine Regierungskommission eingesetzt, die sowohl Empfehlungen für eine Reform der Krankenhausplanung als auch für die Finanzierung der Vorhaltekosten entwickeln soll.

Eine reine Änderung des Finanzierungssystems ohne eine enge Verknüpfung mit einer Reform der Krankenhausplanung wird die Komplexität des Abrechnungssystems erhöhen, aber keinen Beitrag zu einer langfristigen Verbesserung der Versorgung leisten.

Die AOK-Gemeinschaft hat daher einen Reformvorschlag zur Vorhaltefinanzierung formuliert, dessen Ausgangspunkt eine reformierte Krankenhausplanung auf Basis von Leistungsgruppen ist. Denn nur wenn Vorhaltefinanzierung und reformierte Krankenhausplanung Hand in Hand gehen und im Rahmen der anstehenden Reformen umgesetzt werden, können moderne Krankenhausstrukturen geschaffen werden.

Vorhaltepauschalen müssen echte Impulse für Veränderung und Modernisierung setzen. Daher sollten sie so weit möglich mit konkreten Strukturanforderungen verknüpft werden und anhand der konkreten Bedarfe der Bevölkerung definiert werden. Auch diese beiden Forderungen lassen sich durch eine Verbindung der Vorhaltefinanzierung mit einer reformierten Krankenhausplanung umsetzen.

Bei der Finanzierung der Vorhaltekosten muss verhindert werden, dass sich die Fehler sowie die sich daraus ergebenden Belastungen für Krankenhäuser und Krankenkassen im Zusammenhang mit der Einführung der Pflegebudgets wiederholen. Eine Doppelfinanzierung von Vorhaltekosten aus GKV-Mitteln muss ausgeschlossen werden. Gleichzeitig müssen die Anreize des DRG-Systems besser ausbalanciert werden. Die bisherige fallbezogene Vergütung sichert eine hohe Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Kliniken und steigert die betriebswirtschaftliche Effizienz. Die lineare Mengenabhängigkeit der Vergütung in Verbindung mit einer geringen Regelungstiefe der Landeskrankenhausplanung hat jedoch in den 15 Jahren seit DRG-Einführung auch zu einem auf die Bevölkerung bezogen sehr hohen Mengenniveau geführt. Die Leistungsportfolios der Kliniken sind teilweise nach ökonomischen Kriterien ausgeweitet und wichtige Ressourcen sowie knappe Fachkräfte in Leistungsbereichen gebunden worden, die einen hohen Deckungsbeitrag versprechen. Hier muss die Reform ansetzen und neben der fallbezogenen Vergütung eine fallunabhängige Vorhaltekostenfinanzierung definieren, die sich aus den regionalen Bedarfen ergibt.

Das vorliegende Konzept fasst die Positionen der AOK-Gemeinschaft zu einer Reform der Vorhaltefinanzierung zusammen. Es soll einen konstruktiven Beitrag zum Gelingen der anstehenden Krankenhausreform leisten.

Executive Summary

Aus Sicht der AOK bedarf es einer Reform der Vorhaltekostenfinanzierung, die eine **Sicherung der Finanzierung bedarfsgerechter Leistungsmengen** und die **Modernisierung der Versorgungsstrukturen mit dem Fokus auf Versorgungsqualität und Bedarfsgerechtigkeit** miteinander verbindet.

Diese Ziele werden im Konzept der AOK-Gemeinschaft zum einen durch die Ausgliederung eines relevanten Volumens aus den DRGs erreicht, welches fallunabhängig in Form von Vorhaltepauschalen ausgezahlt wird. Zum anderen ist die Vorhaltekostenfinanzierung an eine reformierte leistungsgruppenorientierte Krankenhausplanung geknüpft. Darüber hinaus wird die Vergütung nicht ausschließlich anhand der historischen Leistungsentwicklung bestimmt, sondern anteilig auch anhand demografischer Faktoren ermittelt.

Das Konzept der AOK-Gemeinschaft sieht eine Ablösung der Vorhaltekostenfinanzierung über die Fallpauschalen durch eine Finanzierung der Vorhaltekosten über Strukturpauschalen vor. Die Zuordnung der Strukturpauschalen geht Hand in Hand mit einer reformierten Krankenhausplanung. Zur Einführung der neuen Vorhaltekostenfinanzierung schlagen wir folgende Schritte vor:

1. Die **finanziellen Mittel** für die Vorhaltekostenfinanzierung werden aus den **DRG-Fallpauschalen ausgegliedert**. Der Gesetzgeber schafft zunächst den erforderlichen gesetzlichen Rahmen und legt den pauschal aus den DRGs auszugliedernden Anteil fest.

2. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) definiert eine einheitliche **leistungsbereichs- und -gruppenbezogene Planungssprache, Mindestpopulationsgrößen** sowie **Strukturanforderungen**, die die Grundlage für eine reformierte Krankenhausplanung und die künftig daran geknüpfte Vorhaltefinanzierung bilden. Durch eine einheitliche Planungssystematik werden räumliche und inhaltliche Planungskriterien deutschlandweit vergleichbar. Mit Mindestpopulationsgrößen wird sichergestellt, dass ein relevanter Bevölkerungsanteil versorgt wird. Sie stellen somit Untergrenzen zur Vergabe von Versorgungsaufträgen dar. Perspektivisch wird ergänzend eine bevölkerungsbezogene Bedarfsbemessungssystematik entwickelt.

3. Das **Vorhaltevolumen je Bundesland** ist vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) leistungsbereichsbezogen zu ermitteln. In einer ersten Reformstufe dient die historische Inanspruchnahme von Leistungen als Grundlage für die Ermittlung des Vorhaltevolumens. Anschließend muss das Vorhaltevolumen in einen Korridor um den tatsächlichen Bedarf konvergiert werden. Aus dem Vorhaltevolumen berechnet das InEK zudem Vorhaltekostenschlüssel für die leistungsbereichsbezogenen Versorgungsaufträge im Rahmen der Krankenhausplanung.

4. Das Vorhaltevolumen eines Bundeslandes wird von den Ländern über **Versorgungsaufträge an die Kliniken** verteilt. Die Landesbehörden müssen bei der Planung und Vergabe der Versorgungsaufträge die Vorgaben des G-BA (Mindestpopulationsgrößen und ggf. Strukturanforderungen) berücksichtigen. Das Vorhaltevolumen eines

Krankenhauses hängt vom erhaltenen Versorgungsauftrag ab.

5. Die **Abwicklung** erfolgt nicht auf der Budgetebene, sondern über einen Fonds. Damit soll vor dem Hintergrund der schlechten Erfahrungen mit der Umsetzung der Pflegebudgets ein Auseinanderfallen von Bundes- und Ortsebene verhindert werden. Die Krankenhäuser rufen die ihnen zustehende Vorhaltepauschale direkt bei einem **Sonderfonds** ab, der beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) eingerichtet wird.

6. Das BAS wird vom InEK über das Volumen des Fonds und über die leistungsbereichsbezogenen Vorhaltekostenschlüssel informiert. Die Krankenhäuser legen dem BAS die erteilten Versorgungsaufträge vor, so dass es ihnen die daran geknüpften Vorhaltepauschalen auszahlen kann.

Sowohl die Finanzierung des Fonds durch die Krankenkassen als auch die Zuweisung der Vorhaltekosten aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen erfolgen nach Versicherten, da es sich bei den Vorhaltepauschalen um ein erlös- und damit fallzahlunabhängiges Finanzierungsinstrument handelt. Die Beteiligung der PKV sowie der Beihilfeträger muss sichergestellt werden.

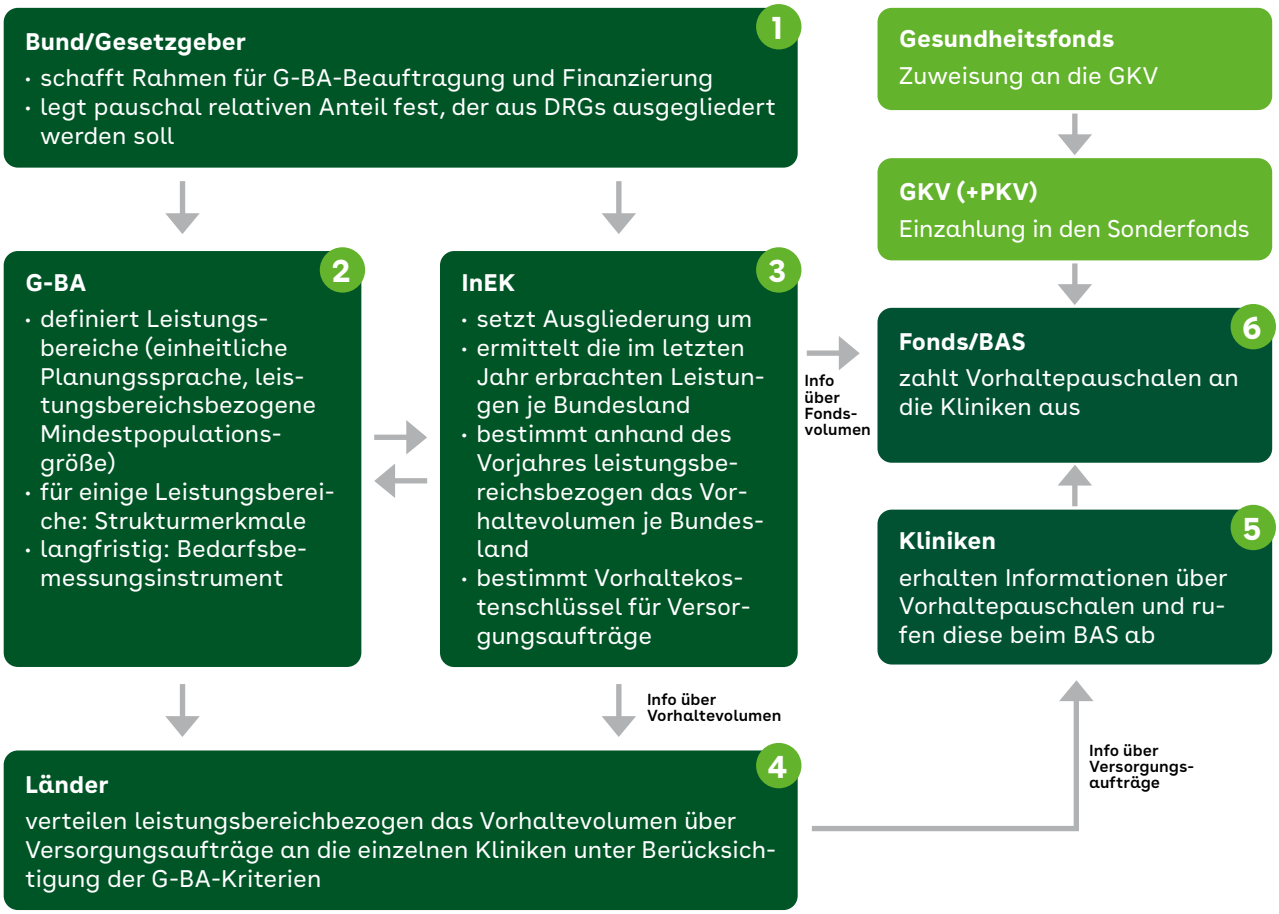

Abbildung 1: Prozessschema der Vorhaltefinanzierung

Zielstellung

1. Zentrale Ziele einer Vergütungsreform auf Basis einer erlösunabhängigen Vorhaltekostenfinanzierung

Mit der Reform der Vorhaltefinanzierung sollen zwei Ziele erreicht werden:

a. Sicherung der Finanzierung bedarfsgerechter Leistungsmengen bei gleichzeitiger Reduktion der Anreize für ökonomisch motivierte Behandlungen sowie

b. Modernisierung der Versorgungsstrukturen mit dem Fokus auf Versorgungsqualität und Bedarfsgerechtigkeit.

Die Ziele sind durch folgende Maßnahmen zu realisieren:

a. Die Sicherung bedarfsgerechter Leistungsmengen wird durch eine fallunabhängige Ausgestaltung der Vergütung in Form einer Vorhaltefinanzierung erreicht. Dazu werden die Relativgewichte der DRG-Fallpauschalen um ein relevantes Volumen bereinigt. Das ausgegliederte Finanzvolumen wird künftig fallunabhängig auf Basis von definierten Versorgungsaufträgen und gekoppelt an Strukturanforderungen an Kliniken ausgezahlt. Damit sind bedarfsgerechte Vorhaltestrukturen der Kliniken bereits vor der Behandlung des ersten Patienten sicher finanziert. Mit der Vergütung der einzelnen Behandlungsfälle sind ergänzend die variablen Kosten abzudecken sowie ein Deckungsbeitrag für die Klinik bei wirtschaftlicher Behandlung zu finanzieren.

b. Die bedarfsgerechte Modernisierung der Versorgungsstrukturen wird einerseits durch die Verknüpfung mit krankenhausplanerischen

Versorgungsaufträgen erreicht. Andererseits wird die Vergütung nicht ausschließlich anhand der historisch fortgeschriebenen Leistungsentwicklung bestimmt, sondern anteilig auch anhand demografischer Faktoren ermittelt.

Die rein kalkulatorisch und betriebswirtschaftlich formal-korrekte Ausgliederung von Vorhaltekosten kann aus Sicht der AOK-Gemeinschaft nicht das primäre Ziel der Reform sein. Stattdessen ist eine pauschal-normative Festlegung des Vorhaltekostenanteils vorzusehen, die auf die oben skizzierten Ziele einzahlt und eine möglichst konfliktarme Abgrenzung der Vergütung via DRGs (und Pflegebudget) ermöglicht.

Der wohnortnahe Zugang zu Leistungen der Krankenhausgrundversorgung im ländlichen Raum bleibt im Rahmen der Daseinsvorsorge Aufgabe der Länder und ist von diesen zu gewährleisten. Das Instrument der Sicherstellungszuschläge, das zusätzliche Betriebskostenfinanzierung für bedarfsnotwendige und defizitäre Kliniken zuweisen kann, wurde hilfsweise gesetzlich verankert. Perspektivisch muss eine wohnortnahe Versorgung durch ein Zusammenwirken der Krankenhausplanung und der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung in eine abgestimmte Gesamtplanung überführt werden. Nicht mehr bedarfsnotwendige Krankenhäuser sollten in ambulante Gesundheitszentren umgewandelt werden, die vor Ort eine ambulante Versorgung und bei Bedarf den sicheren Transfer in höhere Versorgungsebenen gewährleisten.

Zur Daseinsvorsorge gehört zudem die Investitionskostenfinanzierung, die weiterhin durch die Länder zu gewährleisten ist. Sollten die Länder ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionskosten auch in Zukunft nicht ausreichend nachkommen, müssen Bund und Länder gemeinsam die erforderliche Finanzierung aus Steuermitteln sicherstellen. Die Vorhaltepauschalen dürfen nicht als Ausgleich für eine unzureichende Investitionsfinanzierung dienen, sondern sind von dieser als Teil der Betriebskostenfinanzierung klar abzugrenzen.

Vorhaltepauschalen dürfen auch nicht der Leerstandsfinanzierung oder der Finanzierung von Reservekapazitäten für den Fall von Krisen wie zum Beispiel der Coronavirus-Pandemie dienen. Die Finanzierung solcher Krisen-Reserven ist Aufgabe der öffentlichen Hand.

Zentrale Forderungen:

- Ziele der Reform müssen bedarfsgerechte Leistungsmengen und eine Modernisierung der Versorgungsstrukturen sein.
- Vorhaltepauschalen sind von Sicherstellungszuschlägen, der Investitionsfinanzierung, Reservekapazitäten und Leerstandsfinanzierung abzugrenzen.

2. Vorhaltefinanzierung und Krankenhausplanung gehen Hand in Hand

Die künftige Vorhaltefinanzierung muss eng mit einer reformierten Krankenhausplanung verknüpft sein. Reine Änderungen des Finanzierungssystems ohne eine abgestimmte Anpassung der Krankenhausplanung würden nur zu einer weiteren Erhöhung der Komplexität des Abrechnungssystems führen. Denn die bestehende Krankenhaus-Rahmenplanung auf Basis von Betten und einzelnen Fachrichtungen ist nicht differenziert genug, um den regionalen Behandlungsbedarf der Bevölkerung ausreichend und zukunftsgerichtet abzubilden. Daher muss die derzeitige Krankenhausplanung nach vereinheitlichten Vorgaben einer Systematik von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen beziehungsweise nach entsprechenden Strukturanforderungen weiterentwickelt werden.

Konkret bedeutet dies, dass die Kliniken im Rahmen der Planung Versorgungsaufträge für Leistungsbereiche erhalten. Die Leistungsbereiche sind in der Regel mit Strukturanforderungen verknüpft. Kliniken, die Leistungen außerhalb des Versorgungsauftrags erbringen, erhalten hierfür keine Vorhaltepauschale. Die fallunabhängige Vorhaltefinanzierung hängt so von den planerisch festgelegten Versorgungsaufträgen ab.

Vorhaltefinanzierung und reformierte Krankenhausplanung gehen somit Hand in Hand und tragen gemeinsam zur Schaffung einer modernen, qualitätsorientierten Krankenhausstruktur bei. Die Souveränität der Länder in der Krankenhausplanung wird dadurch nicht eingeschränkt. Stattdessen wird ihr Einfluss auf eine bedarfsgerechte Krankenhauslandschaft durch die Reform der Planung gestärkt.

Der Koalitionsvertrag stellt nicht auf Leistungsgruppen, sondern auf Versorgungsstufen ab (Primär-, Grund-, Regel- und Maximalversorgung sowie Universitätsklinika). Versorgungsstufen orientieren sich jedoch nicht an den Versorgungsbedarfen einer Region, sondern bilden lediglich die bereits bestehenden Versorgungsstrukturen ab. Bei einer Übertragung der Versorgungsstufen auf die Vorhaltefinanzierung würden zudem keine Anreize für eine Konzentration von bestimmten Leistungen entstehen. Problematisch ist darüber hinaus, dass Krankenhäuser, die in einzelnen Bereichen spezialisiert und gut ausgestattet sind, in anderen Bereichen aber nur eine Primärversorgung anbieten, in der Systematik der Versorgungsstufen schlecht zugeordnet werden können.

Die Reform der Vergütung darf nicht zur Bewahrung des Status Quo führen, sondern muss die Bedarfe der Patientinnen und Patienten sowie gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in den Vordergrund stellen. Versorgungsstufen können in diesem Prozess berücksichtigt werden. Sie sollten aber erst am Ende des Prozesses relevant werden: Nachdem die Höhe der Vorhaltepauschale für jede einzelne Klinik ermittelt wurde, können die Kliniken in Abhängigkeit des ihnen zustehenden Betrages den verschiedenen Versorgungsstufen zugeordnet werden. Die Kliniken mit dem höchsten Volumen an Vorhaltepauschalen werden als Maximalversorger definiert, da sie bedarfsorientiert die größten Anteile an der Versorgung übernehmen. Die Kliniken mit den geringsten Vorhaltepauschalen fallen in die Kategorie der Primärversorger.

Zentrale Forderungen:

- Die Reform der Vorhaltekostenfinanzierung ist mit einer reformierten und an Leistungsgruppen orientierten Krankenhausplanung verknüpft.
- Versorgungsstufen können nicht am Anfang des Prozesses der Ermittlung der Vorhaltekostenansprüche stehen, sondern – wenn überhaupt – erst am Ende des Prozesses zugewiesen werden.

Ausgestaltung der Reform einer Vorhalte-finanzierung

3. Relevantes Finanz-Volumen aus den DRGs ausgliedern

Die erforderlichen finanziellen Mittel für die Finanzierung der Vorhaltekosten werden durch eine **Ausgliederung aus den DRGs** generiert. Durch die Reduktion der fallbezogenen Anteile der Vergütung werden bestehende Mengenanreize reduziert. Eine zusätzliche Finanzierung neben den derzeitigen Fallpauschalen würde dagegen zu einer Doppelfinanzierung der Vorhaltekosten führen. Dies würde die Anreize für medizinisch nicht notwendige Operationen aus ökonomischen Gründen sogar noch steigern und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gefährden.

Bei der Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs wurde vom InEK eine kalkulatorisch exakte Ermittlung der auszugliedernden Kosten angestrebt. Vor dem Hintergrund der dadurch entstandenen Herausforderungen und Folgeprobleme auf der Ortsebene wird für die Vorhaltefinanzierung ein methodisch pauschaler Ansatz festgelegt. Der auszugliedernde Prozentwert wird so festgelegt, dass eine deutlich mengendämpfende Wirkung entsteht. Um einen derartigen Effekt zu erzielen, muss es sich um ein relevantes Volumen in Höhe von 15 Prozent bis 30 Prozent der aktuellen DRG-Vergütung handeln. Die Ausgliederung wird vom InEK über alle Leistungsbereiche hinweg vorgenommen. So werden Verlagerungsprobleme und Inkonsistenzen (vgl. Erfahrungen mit dem Pflegebudget) zwischen der Ausgliederung auf der Bundesebene und der Finanzierung auf der Klinikebene ausgeschlossen. Damit kann verhindert werden, dass strategische Verschiebungen von Leistungen auf Ortsebene zu Verwerfungen führen.

Während die Vorhaltefinanzierung als separate, fallunabhängige Säule neben den Fallpauschalen etabliert wird, sind die Pflegepersonalkosten wieder in die DRGs einzugliedern. Denn die aktuelle Pflegefinanzierung stellt nicht die pflegerischen Leistungen in den Mittelpunkt. Sie ist manipulationsanfällig, äußerst bürokratisch und mittelfristig nicht finanzierbar. Daher sind die Pflegepersonalkosten perspektivisch nicht mehr über das Pflegebudget zu finanzieren. Stattdessen bedarf es einer aufwandsarmen Erfassung der Pflegebedarfe und -leistungen, welche mittelfristig mit einer Reintegration der Pflege in das DRG-System verknüpft wird (vgl. „AOK-Positionen für eine Vergütungs- und Strukturreform im Krankenhaussektor“ von August 2021).

Zentrale Forderungen:

- Um die Mengenanreize des DRG-Systems zu reduzieren, muss ein relevantes Volumen von 15 Prozent bis 30 Prozent aus allen DRGs ausgegliedert werden.
- Während die Vorhaltekosten ausgegliedert werden, müssen die Pflegekosten wieder reintegriert werden.

4. Grundlagen für die Krankenhausplanung und Vorhaltekostenfinanzierung bundeseinheitlich definieren

Die AOK-Gemeinschaft schlägt vor, die reformierte Krankenhausplanung und die daran gekoppelte Vorhaltefinanzierung leistungsbereichsbezogen zu gestalten. Um eine Modernisierung der Versorgungsstrukturen zu erreichen, muss die Krankenhausplanung auf bundeseinheitlichen Kriterien beruhen. Erforderlich sind

a. eine bundeseinheitliche Planungssystematik auf Basis von Leistungsbereichen und -gruppen,

b. Strukturanforderungen im Sinne von Mindestkriterien, soweit diese sinnvoll definiert werden können,

c. Mindestpopulationsgrößen, die als Untergrenzen von Versorgungsaufträgen dienen sowie

d. die mittelfristige Umsetzung einer Bedarfsbemessungssystematik.

Diese bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigenden Punkte sollten vom G-BA festgelegt werden. Im Folgenden werden die Elemente des Konzeptes weiter ausgeführt:

a. Einheitliche Planungssprache

Nukleus der G-BA Festlegungen ist eine einheitliche Planungssprache für eine reformierte Krankenhausplanung. Dazu gehören unter anderem folgende Aspekte:

- Planungssystematik (Leistungsbereiche, denen eine oder mehrere Leistungsgruppen zugeordnet werden)

- Planungseinheit (Fallzahl je Leistungsgruppe)

- mögliche Planungsebenen (z.B. Landesteil, Regierungsbezirk, Versorgungsgebiet, Kreis, etc.)

Im Ergebnis sollen räumliche und inhaltliche Planungskriterien deutschlandweit vergleichbar werden. Darüber hinaus erhält der G-BA den Auftrag auch spezialisierte Leistungen festzulegen, deren Planung und Bedarfsermittlung auch bundeslandübergreifend erfolgen kann.

b. Strukturanforderungen

Bei der Festlegung der Strukturanforderungen hat der Fokus zu Beginn auf Leistungsbereichen und -gruppen zu liegen, für die schon klare **Strukturanforderungen** vorliegen und die sich in der Vergangenheit als besonders mengenanfällig oder nicht hinreichend konzentriert erwiesen haben, obwohl Vorteile bezogen auf die Versorgungsqualität und Patientensicherheit belegt sind. Bei den vom G-BA festzulegenden Strukturanforderungen handelt es sich um Mindestanforderungen, die für den Patientenschutz unbedingt erforderlich sind. Ein Aussetzen der Mindestanforderungen durch die Länder ist auszuschließen. Ergänzende Anforderungen auf der Landesebene können definiert werden, um die Versorgungsqualität zu steigern.

c. Mindestpopulationsgrößen

Die Vorhaltefinanzierung erfolgt unabhängig von erbrachten Leistungen. Gleichwohl muss eine wirtschaftliche Mittelverwendung sichergestellt werden.

Aus diesem Grund muss die Vorhaltefinanzierung an Bedingungen geknüpft werden, die als Voraussetzung für eine leistungsunabhängige Vergütung zu erfüllen sind. Voraussetzung ist zunächst eine Bedarfsorientierung. Es darf nur so viel Vorhaltung leistungsunabhängig vergütet werden, wie notwendig ist, um den Bedarf in einer Region zu decken. Aus pragmatischen Gründen wird im vorgeschlagenen Modell zunächst die historische Inanspruchnahme auf der Landesebene als Anker für die Bedarfsbemessung genutzt. Das durch die Ausgliederung aus den DRGs für die Vorhaltefinanzierung generierte Vorhaltevolumen kann innerhalb eines Bundeslandes als Vorhaltefinanzierung gekoppelt an Versorgungsaufträge wieder ausgeschüttet werden.

Neben der Bedarfsorientierung ist sicherzustellen, dass die Vorhaltung von Krankenhausstrukturen so ausgestaltet wird, dass die Vorhaltung wirtschaftlichen Mindestkriterien entspricht, d.h. dass ein relevanter Bevölkerungsanteil versorgt wird. Um dies zu erreichen, ist durch den G-BA je Leistungsbereich eine **Mindestpopulationsgröße** zu definieren, welche im Rahmen der Krankenhausplanung durch die Länder zu berücksichtigen ist. Die Mindestpopulationsgröße stellt das Pendant zum „geringen Versorgungsbedarf" bei den Sicherstellungszuschlägen dar und bildet damit eine Grenze, oberhalb derer die Länder die Dimensionierung der Versorgungsaufträge mit Relevanz für die Vorhaltepauschalen festlegen können. Bei kleineren Versorgungsaufträgen, die unterhalb dieser Grenze liegen, erfolgt dagegen keine Vorhaltefinanzierung. Die Mindestpopulationsgröße stellt sicher, dass die Versorgungsbedarfe innerhalb der Bundesländer durch Kliniken erfolgen, die hinreichend große Bevölkerungsgruppen in Abteilungen mit einer tragfähigen Größe versorgen.

Die Mindestpopulationsgröße wird empirisch abgeleitet. Ausgangslage ist die leistungsbereichsbezogene Hospitalisierungsrate der Bevölkerung, anhand derer sich erwartbare Krankenhausfallzahlen ermitteln lassen. Als Mindestpopulation wird die Bevölkerungszahl definiert, die auf Basis der bekannten Hospitalisierungsinzidenz erwartbar mindestens den Fallzahlwert des 25%-Perzentils der bundesweiten Fallverteilung nach Standorten eines Leistungsbereichs erreicht. Dieser Wert stellt die Mindestpopulationsgröße für den entsprechenden Leistungsbereich dar.

Auf Basis von Auswertungen des InEK legt der G-BA entsprechende Mindestpopulationen fest, die sich in Versorgungsaufträge für eine definierte Mindestgröße überleiten lassen. Der G-BA stellt ein Kalkulationstool zur Verfügung, in welches die Länder die erforderlichen demographischen Informationen einpflegen können und mit dem unter Berücksichtigung der Mindestpopulation die mindestens zu vergebenden Versorgungsaufträge berechnet werden.

Das skizzierte Verfahren ermöglicht ein einheitliches Vorgehen in allen Leistungsbereichen sowie in allen Bundesländern und sichert die Nachvollziehbarkeit der festgelegten Grenze.

Auf diese Weise werden ausgehend von der Demografie Versorgungsaufträge und daran gekoppelte Vorhaltepauschalen hinreichend konzentriert vergeben. Das erhöht die Planungssicherheit für alle Beteiligten. Kliniken und Krankenkassen wissen bereits im Vorfeld, dass bestimmte Kliniken aufgrund zu geringer Nachfrage keine Vorhaltepauschalen für die Erbringung bestimmter Leistungen erhalten werden. Klar abzugrenzen sind die Mindestgrößen von den Kriterien zum Erhalt von Sicherstellungszuschlägen. Diese gelten weiterhin zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung.

d. Bedarfsbemessungssystematik

Mittelfristig entwickelt der G-BA ein Instrument zur Bemessung des Bevölkerungsbedarfs sowie einen Korridor, innerhalb dessen vom ermittelten Bedarf abgewichen werden kann. Dieses Instrument ist von den Ländern in einer zweiten Stufe der reformierten Krankenhausplanung bei der Vergabe der Versorgungsaufträge zu berücksichtigen. Langfristiges Ziel muss sein, dass sich das Volumen der Versorgungsaufträge ausgehend von der historischen Inanspruchnahme an den tatsächlichen Bevölkerungsbedarf annähert.

Zentrale Forderungen:

- Im Rahmen der reformierten Krankenhausplanung haben die Länder bundeseinheitlich festgelegte Kriterien zu berücksichtigen.
- Als Grundlage für die Vergabe von Versorgungsaufträgen und die daran gekoppelte Vorhaltekostenfinanzierung regelt der G-BA folgende Punkte:
    - eine bundeseinheitliche Planungssystematik auf Basis von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen sowie Planungseinheiten und mögliche Planungsebenen, um räumliche und inhaltliche Planungskriterien deutschlandweit vergleichbar zu machen
    - Strukturanforderungen im Sinne von Mindestkriterien, die für den Patientenschutz unbedingt erforderlich sind – soweit diese sinnvoll definiert werden können
    - Mindestpopulationsgrößen, die als Untergrenzen von Versorgungsaufträgen dienen und eine hinreichend große Bevölkerungsgruppe beschreiben

5. Vorhaltevolumen je Bundesland bedarfsorientiert bestimmen

In der ersten Reformstufe ergibt sich das Vorhaltevolumen eines Bundeslandes aus der historischen Inanspruchnahme von Leistungen. So bleiben die Finanzmittel für die Vorhaltefinanzierung innerhalb eines Bundeslandes vorerst konstant. In Anbetracht der vorliegenden Mengenanreize im DRG-System trägt dies zudem der Annahme Rechnung, dass der reale Versorgungsbedarf nicht oberhalb der aktuellen Leistungserbringung liegen kann.

Mittelfristig muss der Bevölkerungsbedarf bei der Planung stärker berücksichtigt werden. Daher haben die Länder in der zweiten Stufe der Reform zusätzlich das vom G-BA festgelegte Bedarfsermittlungsinstrument zu beachten. Gesetzlich ist ein Konvergenzprozess zu verankern, der die bereichsbezogenen Versorgungsaufträge je Bundesland schrittweise in einen vom G-BA festgelegten Korridor anpasst. Die Allokation von Vorhaltepauschalen konvergiert entsprechend den Bedarfen ebenfalls innerhalb eines Korridors auf Basis der Bedarfsermittlung.

Dieses zweistufige Vorgehen ermöglicht eine zeitnahe Umsetzung der Reform sowie eine Berücksichtigung der Versorgungsbedarfe, die in der zweiten Stufe an Bedeutung gewinnen.

Die Ermittlung des leistungsbereichsbezogenen Vorhaltevolumens je Bundesland obliegt dem InEK. In der ersten Stufe hat das InEK im Rahmen der von ihm durchzuführenden Ausgliederung der Kosten aus den DRGs für jedes Bundesland leistungsbereichsbezogen die im letzten verfügbaren Datenjahr erbrachte Leistungsmenge zu ermitteln. Aus der Multiplikation der Leistungsmenge im Referenzjahr mit dem aus den DRGs ausgegliederten Anteil ergibt sich das Vorhaltevolumen je Bundesland. Auf diese Weise unterscheidet sich das Vorhaltevolumen nicht von dem des Referenzjahres.

Aus dem ermittelten gesamten Vorhaltevolumen errechnet das InEK einen Vorhaltekostenschlüssel (Pauschale je Versorgungsauftrag). Durch Multiplikation des Vorhaltekostenschlüssels mit den Versorgungsaufträgen für die ggf. verschiedenen Leistungsbereiche lässt sich für jede einzelne Klinik mit Versorgungsauftrag die Höhe der individuellen Vorhaltepauschale berechnen.

Zentrale Forderungen:

- In einer ersten Stufe wird die historische Inanspruchnahme als Grundlage für die Ermittlung des Vorhaltevolumens verwendet.
- Anschließend muss das Vorhaltevolumen in einen Korridor in Richtung des ermittelten Bevölkerungsbedarfs konvergieren.

6. Bezug von Vorhaltepauschalen in Abhängigkeit der zugewiesenen Versorgungsaufträge

Die Verbindung von Vorhaltekostenfinanzierung und reformierter Krankenhausplanung besteht darin, dass die Kliniken Vorhaltepauschalen erhalten, soweit ihnen planerisch Versorgungsaufträge zugewiesen wurden. Das bedeutet, dass die Höhe des Anspruchs von den planerisch bestimmten leistungsbereichsbezogenen Versorgungsaufträgen abhängig ist. Die Landesbehörden können nur Kliniken Versorgungsaufträge erteilen, die die Mindestpopulationsgröße und ggf. definierte Strukturanforderungen erfüllen.

Der Bezug von Vorhaltepauschalen eines Krankenhauses hängt von drei Faktoren ab:

- den im Referenzjahr im Bundesland im entsprechenden Leistungsbereich erbrachten Leistungen (Definition des Gesamtvolumens im Land),
- den unter Berücksichtigung der Mindestpopulationsgrößen dimensionierten Versorgungsaufträgen (Anspruchsanteil der Klinik am Gesamtvolumen im Land),
- ggf. der Einhaltung der vom G-BA definierten Strukturanforderungen für die Erbringung der jeweiligen Leistungen.

Alle Leistungen sind einem Leistungsbereich zugeordnet. So erhält voraussichtlich der weit überwiegende Teil der Kliniken einen Versorgungsauftrag, soweit sie zumindest in einem Leistungsbereich die Mindestpopulationsgröße erreichen.

Je konzentrierter Versorgungsaufträge vom Land vergeben werden, desto höher fallen die Vorhaltepauschalen einer Klinik aus.

Zentrale Forderungen:

- Die Landesbehörden müssen bei der Planung die Vorgaben des G-BA (Mindestpopulationsgrößen und ggf. Strukturanforderungen) beachten.
- Das Vorhaltevolumen der einzelnen Klinik hängt von der Anzahl und vom Volumen der erhaltenen Versorgungsaufträge ab.

7. Auseinanderfallen von Bundes- und Ortsebene im Rahmen der Abfinanzierung verhindern

Die AOK-Gemeinschaft schlägt vor, dass die Auszahlung der Vorhaltepauschalen künftig nicht mehr Gegenstand der Budgetverhandlungen auf der Ortsebene ist. Stattdessen erfolgt die Abwicklung über einen Sonderfonds beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), bei dem jedes Krankenhaus seinen Anspruch auf Vorhaltekostenfinanzierung geltend machen kann.

Mit der Finanzierung über einen Fonds wird ausgeschlossen, dass vor Ort komplizierte Verteilungsfragen gelöst werden müssen. Zudem können die Ausgaben über einen Fonds gegenüber den aus DRGs ausgegliederten Beträgen konstant gehalten und damit ein Auseinanderfallen von Ausgliederung auf der Bundesebene und Finanzierung auf der Ortsebene verhindert werden (vgl. Erfahrungen mit dem Pflegebudget). Darüber hinaus schließt das Modell aus, dass sich für die Kliniken finanzielle Risiken durch Verhandlungsverzögerungen ergeben.

Für die Umsetzung dieses Verfahrens zur Finanzierung ist es erforderlich, dass die Länder jedem Krankenhaus seine leistungsbereichsbezogenen Versorgungsaufträge mitteilen. Das BAS wiederrum erhält vom InEK die Information über das Gesamtvolumen je Bundesland sowie die Vorhaltekostenschlüssel. Damit ist das BAS darüber informiert, welcher Finanzanspruch aus den vergebenen Versorgungsaufträgen resultiert und kann die entsprechenden Mittel an die Kliniken auszahlen.

Die Finanzierung des Fonds durch die Krankenkassen sollte nach Versicherten erfolgen, damit das im Koalitionsvertrag formulierte Ziel eines erlös- und damit fallzahlunabhängigen Finanzierungsinstruments erreicht wird. Zudem sind Vorhaltekosten definitionsgemäß ohnehin nicht an den einzelnen Fall gebunden. Die Refinanzierung der Vorhaltekosten für die Krankenkassen aus dem Risikostrukturausgleich würde dieser Finanzierung entsprechend folgen.

Die Beteiligung der Privaten Krankenversicherung (PKV) sowie der Beihilfeträger an der Finanzierung der Vorhaltepauschalen muss sichergestellt werden. Die Beteiligung erfolgt pauschal nach dem Vorbild der PKV-Beteiligung im Bereich der Pflegeversicherung, z. B. bei Qualitätsprüfungen (§ 114a Abs. 5 SGB XI). Die Beteiligung bestimmt sich nach dem Marktanteil der PKV bzw. Beihilfeträger im Referenzjahr.

Zentrale Forderungen:

- Die Abfinanzierung erfolgt nicht auf der Budgetebene, sondern über einen Fonds, um ein Auseinanderfallen von Bundes- und Ortsebene zu verhindern.
- Sowohl die Finanzierung des Fonds als auch die Refinanzierung auf Seite der Krankenkassen erfolgen fallzahlunabhängig nach Versicherten.
- Die Beteiligung der PKV sowie Beihilfeträger muss sichergestellt werden.

8. Fortschreibungen und Aktualisierungen pragmatisch umsetzen

Nach der erstmaligen Umsetzung des Prozesses der Vorhaltekostenfinanzierung müssen Veränderungen der Rahmenbedingungen, Aktualisierungen der mit der Vorhaltekostenfinanzierung verknüpften Regelungen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigt werden. Dies sollte auf pragmatische Weise erfolgen.

Analog zu anderen G-BA-Verfahren erfolgen bezüglich der definierten Leistungsbereiche und ihrer Strukturanforderungen vom G-BA nicht regelhaft, sondern anlassbezogen Prüfungen und ggf. Anpassungen. Regelhaft zu aktualisierende Informationen wie zum Beispiel ICD-10- und OPS-Kodes werden in Anlagen zu den jeweiligen G-BA-Richtlinien gefasst. Diese Anlagen können dann mit geringem bürokratischem Aufwand im jährlichen Turnus – unter Berücksichtigung von Aktualisierungen in den ICD-/OPS-Listen, Weiterbildungsordnungen, ggf. DRGs etc. – fortgeschrieben werden.

Das Vorhaltevolumen und damit auch die Vorhaltepauschalen werden vom InEK jährlich auf Basis der Landesbasisfallwertveränderung und der Änderungen im DRG-Katalog fortgeschrieben. Das bedeutet, dass das InEK die Ausgliederung des pauschalen Anteils aus den DRGs jährlich vornimmt, um Veränderungen berücksichtigen zu können. Die Vergabe von Versorgungsaufträgen im Rahmen der Krankenhausplanung sollte mindestens alle fünf Jahre überprüft werden, um ausreichend Planungssicherheit für die Krankenhäuser zu gewährleisten und gleichzeitig demografische Entwicklungen hinreichend zu berücksichtigen. Darüber hinaus findet jährlich automatisiert ein Vergleich zwischen den Versorgungsaufträgen und den tatsächlichen Leistungen statt, damit bei zu großen Abweichungen bereits vor Ablauf der fünf Jahre Anpassungen vorgenommen werden können. Soll im Ergebnis einem Krankenhaus ein höherer Versorgungsauftrag zugeschrieben werden, müssen andere Aufträge entsprechend reduziert werden.

Zentrale Forderungen:

- Die Versorgungsaufträge müssen mindestens alle fünf Jahre geprüft und angepasst werden. Große Abweichungen zwischen Auftrag und tatsächlicher Leistung müssen frühzeitig berücksichtigt werden.
- Das Vorhaltevolumen sowie regelhaft zu aktualisierende Informationen werden jährlich fortgeschrieben.

AOK-Bundesverband. Die Gesundheitskasse.
Geschäftsführender Vorstand:
Dr. Carola Reimann (Vorstandsvorsitzende)
Jens Martin Hoyer (stellvertretender Vorstandsvorsitzender)

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Telefon: (030) 346 46-0
Internet: http://www.aok-bv.de
E-Mail: AOK-Bundesverband@bv.aok.de

Redaktion und grafische Gestaltung
KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Rosenthaler Straße 31 | 10178 Berlin
verlag@kompart.de | www.kompart.de

Stand: August 2022